

文献抄録

等尺性収縮および等運動性収縮運動中に 慢性関節リウマチ患者が経験する疼痛

一般に、RA 患者の理学療法では、筋力、関節可動域、運動機能などのパラメータの改善に重きを置いているが、運動療法に伴う疼痛や関節の腫脹にも留意しなければならない。この論文は、女性 RA 患者の膝関節の腫脹と疼痛の程度を、等尺性収縮時と等運動性収縮時と比較した。

対象：典型的 (classical) または確実な (definite) RA と診断された年齢 23 歳～59 歳の女性 RA 患者 32 名であった。全対象は functional class II で、a) 膝関節のこわばり、b) 膝関節痛あるいは圧痛、c) 膝関節の腫脹、d) 大腿四頭筋萎縮、e) 不安定膝、などの症状のうち一つまたは2つ以上を有していた。

方法：対象者を pre-test し、腫脹の有無は膝蓋骨上縁部の大腿周径を計測した。対象者を等尺性収縮訓練群 11 名、等運動性収縮訓練群 11 名、コントロール群 10 名の 3 群にグループ分けを行った。疼痛は、McGill pain questionnaire を用いて訓練前、中、後で比較した。

1) コントロール群は、ADL の維持活動のみで特別な訓練は行わなかった。

2) 等尺性収縮訓練群は、サイベックス II 型を用い、膝関節角度を 30°, 60°, 90° に設定し、それぞれ 3 秒間

収縮を行わせた。

3) 等運動量性収縮群もサイベックス II 型を用い、膝関節の可動域を約 90° とし、180°/sec の角速度で筋収縮を行わせた。反復収縮 6 回を 1 セットとし、1 分休息を入れ合計 3 セットを行わせた。

4) 訓練はいずれも 3 回/週で、訓練期間は 7 週間であった。

結果：膝関節周辺の腫脹に関しては、訓練前、後と比較して臨床的に有意差が認められなかった。訓練による疼痛の増減をみると、等尺性収縮訓練群 (isometric G) の方が等運動性収縮訓練群 (isokinetic G) に比して、疼痛を訴える症例が著明に多かった。

しかし、訓練法の選択とその効果の判定には、長期に渡る観察が必要であろう。

Wessel J, Quinney HA: Pain experienced by persons with rheumatoid arthritis during isometric and isokinetic exercise. Physiotherapy Canada 36(3): 131-134, 1984

(自治医科大学附属病院リハビリテーションセンター
理学療法士 谷岡 淳)

慢性腰痛症患者の治療 (リハビリセンター入院患者と外来患者の比較)

慢性の腰痛症を持つ 88 名のリハビリセンター入院患者と 63 名の外来患者を対象に治療を実施した。

入院患者は三週間の治療を行い、外来患者は三カ月間に 10 回の治療を施行した。治療内容は温熱および電気治療、マッサージ、腰痛体操、全身運動 (ジョギング、球技、水中訓練他)、back school などであった。

治療前の評価は、医師による診察、臨床検査、腰椎のレントゲン検査や PT による評価を実施し、治療後は 2, 6, 12 カ月後にフォローアップを施行した。腰痛の程度を点数で表現し、0～27 の重症度に分けた。PT による評価は、体幹屈曲、体幹側屈、体幹回旋、膝屈筋・伸筋・股屈筋の短縮テスト、ダイナミックな訓練としてのおき上り、ブリッジング、体幹掌上、両側下肢伸展掌上などである。

治療前の両グループ間には有意差はなかった。身体測定の結果として、脊椎可動性に関してはフォローアップ時に治療前とはやや改善の傾向がみられたが有意な変化はなかった。例外として外来グループの前屈において

有意な改善をみた ($P < 0.01$)。ダイナミックな訓練、体幹伸展筋力な両グループにおいて有意な改善がみられた。屈曲や運動痛も改善し外来グループの方がより大きかった。腰痛点数は両グループ共、2 カ月、6 カ月のフォローアップ時の方が治療前より低くなり ($P < 0.001$)、12 カ月の時点で治療前のレベルに戻った。

腰痛症と鎮痛剤の使用の関係については、両グループにおいて使用例の方の痛みの有意な軽減をみた。気候の影響については差は認められなかった。

本研究における治療法は慢性の腰痛症に対して比較的短期間の効果しかないことが分かった。外来と入院での治療効果のちがいについては、腰痛点数や身体測定の結果では差は認められなかった。

Mellin G, Järvikoski A, Verkasalo M: Treatment of Patients with Chronic Low Back Pain. Comparison between rehabilitation centre and outpatient care. Scand J Rehab Med 16: 77-84, 1984

(兵庫県リハビリテーションセンター 理学療法士
山下 隆昭)

文献抄録

老人の精神機能低下に対する簡易評価

過去に提案，作成された老人に関する評価法を10種類あげ，その内容について（a）見当識（b）記憶（c）知的能力（d）知覚・集中性（e）読み（f）書き（g）視力（h）聴力（i）身体機能（j）コミュニケーションの能力（k）他人の理解の能力（l）ADL（m）精神状態（n）無気力・逃避（o）社会的な問題，の15カテゴリーに分類し，それぞれの評価法のサブテストがこのカテゴリーのうち何項目ずつ含んでいるか整理した。

10種類の簡易評価とは（1）Preiffer E による精神機能簡便質問紙法（SPMSQ）1975年（2）Smith JM らの老人の評定尺度（GRS）1979年（3）Robinson RA の Crichton 老人行動評定尺度（CGRS）1977年（4）Pattie AH らの Clifton 老人評価（CAPE）1979年（5）Woods RT らの見当識・記憶に関する Wood のテスト 1982年（6）Holden VP らの Holden コミュニケーション尺度 1979年（7）Wilkinson IM らの老人精神依存性尺度（PDRS）1980年（8）Pattie AH らの Clifton 老人評価調査型（CAPE 調査型）1981年（9）Powell-

Proctor L らの James 棟質問紙法 1981年（10）Perkins LM の Perkin 評価 1982年，等である。

これらの評価法の応用について「診断」では SPMSQ・CAPE，「予後の予測」では CAPE，「特別な問題の発見」では CAPE・GRS・PDRS・Perkin 評価・Holden と Woods の評価，「援助者間のコミュニケーションと討議用」では CAPE，「適当なりハビリテーションのレベルの決定」では PDRS・GRS・CGRS・James 棟質問紙法・CAPE・CAPE 調査型・Holden コミュニケーション尺度，「治療効果の評価」では CAPE・Woods・Holden・Cornbleth のチェックリスト，「障害者群の調査」では CAPE，等をあげて解説・検討している。

Brewer P : Brief Assessments for the Elderly Mentally Infirm. Occupational Therapy 47(6) : 168-171, 1984

（神戸大学医療技術短期大学部

作業療法士 金子 翼）